



OZNÁMENIE O VZNIKU NEPRETRŽITEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ DLŽNÍKA ÚVERU

Vyplnené tlačivo s potvrdením lekára o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace, s potvrdením Vášho zamestnávateľa a s potvrdením poskytovateľa úveru o výške a periodicite splátok na druhej strane tlačiva zašlite na KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, najneskôr do 3 dní od vzniku nároku na plnenie. V prípade, že práceneschopnosť ešte trvá, bude potrebné mesačne predkladať potvrdenie lekára o trvaní práceneschopnosti na tlačive poisťovne vždy k výročnému dňu vzniku nároku.

Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy
 Priezvisko, meno poisteného rodné číslo
 Adresa PSČ
 ☎ e-mail

Údaje o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od do vrátane, v dôsledku:
 úrazu
 Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu
 Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)

 Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uvedte všetky dg.)
 Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok? áno nie
 Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno: ŠPZ
 Popis poranenia
 Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne? nie áno
 Kedy? Ako?
 Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? nie áno neviem
 Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície
 Došlo k poistnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu? nie áno
 choroby
 Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uvedte všetky dg.)
 Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN? nie áno Ak áno v čase od do
 Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili
 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia
 ☎

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

V dňa

 úradne overený podpis poisteného* číslo dokladu totožnosti

*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

.....
 dátum a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta
 čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹, ktorá identifikovala klienta²
 osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

² V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

Údaje o úvere, pôžičke (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)

Poskytovateľ úveru, pôžičky

Adresa

PSC ☎

Číslo úveru na dobu od do

výška úveru výška splátky

Periodicita splátok - mesačná - štvrtročná - polročná - ročná - iná:

Meno a priezvisko poisteného rod. č.

Údaje pre výplatu vinkulovaného plnenia v prospech úveru (pôžičky):

číslo účtu v tvare IBAN

variabilný symbol konšt. symbol

..... dátum meno a priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky) pečiatka a podpis
----------------	--	----------------------------

Potvrdenie zamestnávateľa (vyplňuje zamestnávateľ)Potvrdzujeme, že poistený je v čase práceneschopnosti, ktorá nastala dňa:
u nás nepretržite zamestnaný.

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti

..... dátum pečiatka a podpis zamestnávateľa
----------------	---

Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistená osoba. Poist'ovňa náklady za vystavenie potvrdenia lekárom uhradené poisteným neprepláca.

Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti – vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená (študent, domáca a pod.)

Ošetrujúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia.....

PSČ e-mail

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného rod. č.
z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od dovrátane
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.)

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

- áno Aké komplikácie?
- nie

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) v posledných troch rokoch?

- áno od do
- nie

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

- áno Aké?
- nie

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok

- áno Akých? ‰ alkoholu v krvi
- nie

2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby

- áno
- nie

3. profesionálneho vykonávania športu

- áno
- nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu

- áno od do
- nie

5. kúpeľnej liečby

- áno
- nie

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu

- áno
- nie

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr

- áno
- nie

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V dňa

.....
pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára